



ANÁLISIS

DOI: <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2020.jul-dic.9>

Una mirada al sistema de salud mental en Paraguay

A look at the mental health system in Paraguay

Claudia Carolina Centurión Viveros¹

<https://orcid.org/0000-0001-8404-1552>

Universidad Sudamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Pedro Juan Caballero, Paraguay. E-mail: centurion_viveros@hotmail.com

Marta Mereles

<https://orcid.org/0000-0002-3924-7698>

Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. E-mail: marme2909@gmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo analizar tres componentes del sistema de salud mental en Paraguay, específicamente la Política Nacional de Salud Mental, la Unidad Móvil de Salud Mental y los Hogares Sustitutos. Se observa que hubo avances en períodos específicos mediante iniciativas de desinstitutionalización que necesitan continuidad. Sin embargo, aún quedan muchas debilidades que subsanar dentro del sistema.

Palabras clave: Salud mental; Servicio de salud; Política de salud.

Abstract

The objective of this paper is to analyze three components of the mental health system in Paraguay, specifically the National Mental Health Policy, the Mobile Mental Health Unit and the Foster Homes. It can be seen that progress was made at specific periods through deinstitutionalization initiatives that need to be continued. However, there are still many weaknesses to be addressed within the system.

Keywords: Mental health; Health service; Health policy.

¹ Correspondencia: centurion_viveros@hotmail.com

Artículo recibido: 12 feb. 2020; aceptado para publicación: 01 jul. 2020.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

Página web: <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/>

Citación Recomendada: Centurión Viveros, C. C., y Mereles, M. (2020). Una mirada al sistema de salud mental en Paraguay. ACADEMO (Asunción), 7(2):183-192. <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2020.jul-dic.9>

Introducción

La salud mental (SM) es considerada un pilar central y componente integral de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Actualmente, es indiscutible la relación entre salud física y mental. A diferencia de las enfermedades físicas, las enfermedades mentales acarrear consigo un fuerte componente cultural, que influye en su comprensión y tratamiento (González y Padilla, 2019).

Las personas que tienen una enfermedad mental sufren el estigma que trae consigo. Se los considera ciudadanos de menos categoría y en muchos casos son discriminados o excluidos (Campo-Arias et al., 2014). Muchas veces, son obligados a permanecer en centros de tratamiento, en contra de su voluntad (Organización Mundial de la Salud, 2015b). Existen además numerosos determinantes sociales que hacen que las personas con enfermedad mental sean más vulnerables en cuanto a la falta de protección de sus derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2015a) (Organización Mundial de la Salud, 2018).

De allí parte el esfuerzo y las directrices de desarrollar y aplicar políticas en consonancia con los más altos estándares de derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Los sistemas de salud mental deben contar con un enfoque de derechos humanos, para ofrecer estrategias y soluciones que tiendan a erradicar la desigualdad, discriminación y las relaciones de poder injustas (Organización Mundial de la Salud, 2015b).

En este contexto, existen dos documentos centrales que se utilizarán en el marco de la presente investigación. Uno de ellos es la Política Nacional de Salud Mental actual en Paraguay, aprobada por Resolución del Ministerio de Salud N°1097 de diciembre del año 2010, cuyo periodo de ejecución e implementación se establece entre los años 2011 y 2020, por lo que se considera vigente hasta el presente año. Por otro lado, el sistema de salud

mental paraguayo fue objeto de evaluación en el año 2005 por parte de la Organización Panamericana de la Salud, informe que fue publicado en el año 2006. A pesar de los años de publicación de ambos documentos, el primero representa la legislación principal actual en la materia y el segundo la última evaluación oficial por parte de una entidad internacional en el área. Por los motivos mencionados, se podrá apreciar su utilización a lo largo del artículo.

El presente estudio tiene como objetivo analizar tres componentes del sistema de salud mental en Paraguay, específicamente la Política Nacional de Salud Mental, la Unidad Móvil de Salud Mental y los Hogares Sustitutos. En primer lugar, se realiza un análisis sobre la política de salud mental, posteriormente se exponen características relacionadas al acceso y los Hogares Sustitutos. Ambas representan algunas de las acciones que configuran acercamientos a la desinstitucionalización en salud mental.

Sistemas de salud mental

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, que en su conjunto tienen como objetivo la mejora de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2005). Dicho sistema, debería ser el reflejo de importantes valores sociales expresados en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadran las políticas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Existe una correlación entre la respuesta del sistema de salud mental y los ingresos nacionales (Organización Panamericana de la Salud, 2018) (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En la Región de América del Sur y el Caribe (ALC), 73% de los países destina entre 1% y 5% del presupuesto de salud, a la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2013a).

Por otro lado, los países de ingresos mayores gastan una proporción superior de sus presupuestos, y se alejan de los hospitales neuropsiquiátricos tomando como base la integración de la salud mental

en la atención primaria y la comunidad. Situación que se da a la inversa en los países con menores ingresos (Organización Panamericana de la Salud, 2018) (Organización Mundial de la Salud, 2014).

De los veintisiete países de ALC estudiados por la OMS, todos cuentan con hospitales psiquiátricos, más del 70% se destinan más de la mitad del presupuesto de salud mental únicamente instituciones psiquiátricas; y dentro de ese mismo grupo, el 70% destina más del 80% (Organización Mundial de la Salud, 2013a).

Ejemplo de la relación entre el presupuesto y la atención en salud mental es lo expuesto por un estudio en México, en el que los programas que no son considerados prioritarios, como salud mental, fueron los que recibieron un mayor impacto negativo. Esto se traduce en recortes presupuestarios, personal insuficiente y escasez de medicamentos (Berenzon-Gorn et al., 2018).

En América persisten brechas críticas sobre el tratamiento de personas con enfermedad mental, es decir, aquellas que no recibieron tratamiento, cuyas cifras rondan entre el 73,5% en personas adultas y el 82,2% en niños y adolescentes (Etienne, 2018).

La situación respecto a la organización de los servicios de salud mental es desigual en la Región de las Américas y el Caribe. Siendo varios los países que mantienen un sistema altamente centralizado en la atención en hospitales psiquiátricos, con escaso o nulo desarrollo de otros servicios de atención comunitaria (Organización Mundial de la Salud, 2013a). Lo cual hace que aumente la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación (Organización Mundial de la Salud, 2013b). A pesar de todas las limitaciones mencionadas anteriormente, la OMS considera que existe un margen para realizar mejorías y, a la vez, priorizar la financiación de servicios de base comunitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Sistema de salud mental en Paraguay

En líneas generales, Paraguay se encuentra en un proceso de descentralización de sus servicios de

salud. Una investigación que evaluó parte de dicho proceso tuvo como resultado que el espacio de decisión más reducido se da en el control sobre los recursos financieros y el presupuesto para producir los servicios de salud a nivel local (Giménez-Caballero et al., 2016).

Específicamente, en el área de salud mental, Paraguay tiene más sombras que luces. Uno de sus antecedentes más importantes se remonta a un acontecimiento del año 2003 en el cual el Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) presentaron una petición de medidas cautelares previas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) para proteger la vida y la salud de 460 personas en condición asilar en el Hospital Neuropsiquiátrico (Hillman, 2005).

En ese mismo año la CIDH aceptó la solicitud del otorgamiento de las medidas cautelares y posteriormente, el gobierno paraguayo firmó un acuerdo para reestructurar el sistema de salud mental del país (Hillman, 2005). De esta manera Paraguay se convirtió en protagonista de un precedente que demuestra cómo el sistema interamericano de derechos humanos puede utilizarse para el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad (Hillman, 2005).

Pese, a ser en ese momento presentado como un gran logro, la Política de Salud Mental, expresa en sus antecedentes que posteriormente a la primera imposición de medidas cautelares, no se generaron grandes avances, incluso se tornaron más graves. Esto motivó a que en el 2008 nuevamente la CIDH imponga medidas cautelares. Como una forma de responder a este inconveniente el gobierno creó espacios de rehabilitación (hogares sustitutos) y se impulsó el proceso de ampliación y fortalecimiento de unidades de salud mental (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011). Finalmente, en el año 2010, la CIDH resuelve levantar las medidas cautelares a Paraguay.

Con respecto a presupuesto de sistemas de salud, según un informe de la OMS sobre sistemas de salud

mental de América del Sur, el porcentaje del total del presupuesto de salud asignado al presupuesto de salud mental se encuentra en el rango de 0,2 a 7%. Según dicho informe y a nivel de Paraguay y sus países limítrofes el porcentaje en orden creciente es: Bolivia (0,2%) Paraguay (1%), Argentina (2%), Brasil (2,4%) y Uruguay (7%) (Organización Mundial de la Salud, 2013a).

Ya en el año 2007 estudios indicaban que, si bien el porcentaje aproximado del presupuesto total dirigido a salud mental en Paraguay era aproximadamente del uno por ciento, el 84% de dicho porcentaje era destinado al Hospital Neuropsiquiátrico de Asunción (Torales et al., 2007). Actualmente, Paraguay destina un presupuesto menor al 2% en salud mental (1,8%) (La Nación, 2018). No se visualizaron investigaciones más actuales que indiquen en que porcentaje se destina a prevención y asistencia en hospitales especializados.

Política de salud mental

Las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las circunstancias relacionadas a las necesidades de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2007). A nivel de América Latina los sistemas de salud, como los de México, Brasil y Chile, y otros en general, están fundamentados en los principios de equidad y responsabilidad. Además, la mayoría de los países reconoce el derecho a la salud dentro de sus constituciones políticas (Díaz-Castro et al., 2017).

Específicamente con respecto a políticas y planes del área de salud mental, aproximadamente el 30% de los países de ALyC no cuentan con las mismas. Así también, el mismo porcentaje no tiene leyes específicas de salud mental. Por otro lado, existen países cuyas legislaciones se encuentran desfasadas con respecto a los instrumentos internacionales que se han promulgado para la defensa de las personas con discapacidad psicosocial (Organización Mundial de la Salud, 2013a).

Con respecto a Paraguay, se cuenta con una Política Nacional de Salud Mental 2011-2020, pero no

una ley promulgada, ésta última se encuentra en proceso. La política mencionada se centra en el abordaje comunitario de salud mental para lograr la superación del modelo hospitalocéntrico-manicomial. También tiene como eje vertebrador el respeto de los derechos humanos, el trato humanizante y la participación social para la construcción y ejercicio de ciudadanía de las personas con y sin trastornos mentales (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011).

Dentro de la Política de Salud Mental está enmarcado el plan de acción 2015-2020 de la Dirección de Salud Mental que se propone acercar los servicios a la gente incrementando la cobertura a pacientes con necesidades de atención psicológica y psiquiátrica; y mejorar, progresivamente, la disponibilidad de camas de internación para estos pacientes (Organización Panamericana de la Salud, 2015). Esto último en consonancia a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que plantea la urgencia de la reforma de los servicios sanitarios, ya que se calcula que 80% de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias no recibe tratamiento (La Nación, 2018).

Acceso a la atención de la salud mental

El trabajo realizado por Saavedra Solano et al., (2016), muestra las pérdidas económicas y sociales ocasionadas por la brecha en el tratamiento de los trastornos mentales. Respecto de las personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, estudios recientes en Paraguay han determinado que el porcentaje se encuentra alrededor del 3,5% de la población enferma (respecto a todas las patologías en general) (Casalí et al., 2017).

Con respecto a este punto, según los principales resultados del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (WHO-AIMS) aplicado a Paraguay, "el acceso a los servicios de salud mental es desigual a lo largo del país; los que viven en o cerca de Asunción son más favorecidos" (Organización Panamericana de la Salud, 2006). De

acuerdo con Casalí et al., (2017), la “concentración de los servicios de salud en el departamento Central y Asunción plantea una limitación importante para la universalización de la salud”.

Cabe resaltar que, los trastornos psiquiátricos aumentan la tasa de mortalidad, principalmente suicidios, en consecuencia, la brecha en el tratamiento traerá consigo serias implicaciones para la salud pública (Vicent et al., 2016).

Con respecto al punto de accesibilidad de los servicios, una de las metas mundiales establecidas dentro del Plan de Salud Mental de la OMS establece que la cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020) (Organización Mundial de la Salud, 2013b). De esta manera vemos que, dentro del análisis del sistema de salud, el acceso a los servicios es uno de los puntos principales y más desafiantes (González et al., 2016).

En este sentido, para hacer frente a este desafío la Política Nacional de Salud Mental explica que a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se garantizará “la continuidad del cuidado de los ciudadanos y ciudadanas con trastornos mentales, tanto en sus comunidades como en el Sistema Público Nacional de Salud” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011). También, el estudio de Saavedra Solano et al., (2016) propone “integrar la salud mental en el primer nivel de atención, posibilitando así, la detección temprana, la prevención y el tratamiento de algunos trastornos”.

También en este contexto, en nuestro país, desde el 2004 se viene desarrollando una estrategia denominada “Unidades Móviles de Salud Mental”. Esta se configura dentro de los servicios que ofrece la Dirección de Salud Mental del MSPBS. Dicha dependencia tiene como misión dirigir la aplicación de la Política Nacional de Salud Mental con normativas para optimizar los servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y el monitoreo de las acciones a fin de lograr una mejor la calidad de vida y salud de la población del

Paraguay (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2019).

Si bien esta estrategia inició con el fin de atender una situación de crisis en una localidad del interior del país, en el año 2007 la unidad móvil ya viajó a 7 lugares (Santaní, Caazapá, San Ignacio, Repatriación, Gral. Morínigo, Concepción, Itacurubí del Rosario). Actualmente se sigue implementando y en el gráfico 1 se puede observar la cantidad de consultas realizadas por dicha Unidad.

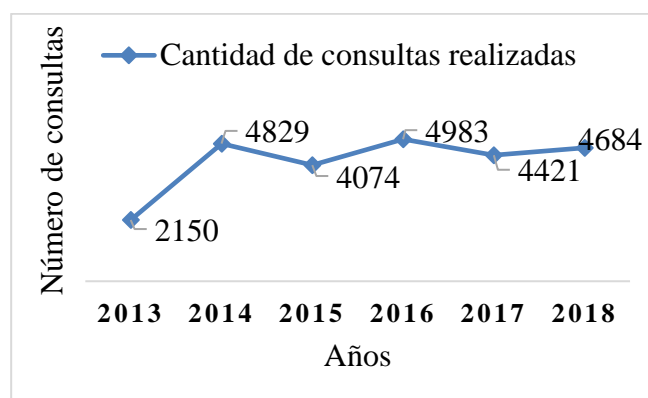


Gráfico 1. Distribución de frecuencias de cantidad de consultas realizadas por la Unidad Móvil de Salud Mental por año (Años 2013-2018). Paraguay. Fuente: Datos proveídos por la Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Año 2019.

Se puede visualizar como del año 2013 al 2014 prácticamente se duplicó la cantidad de consultas de la Unidad Móvil. El promedio de consultas en los últimos 6 años es de 4175, cifra que sigue duplicando la cantidad del año 2013. Esto se debe a que desde el año 2014 se pasó de contar con 2 equipos a 3 en total, lo que favoreció positivamente en la cantidad de consultas realizadas.

En el gráfico 2 se observa la cantidad de consultas realizadas por la Unidad Móvil en el año 2018, se realiza una diferencia con usuarios nuevos que consultaron.

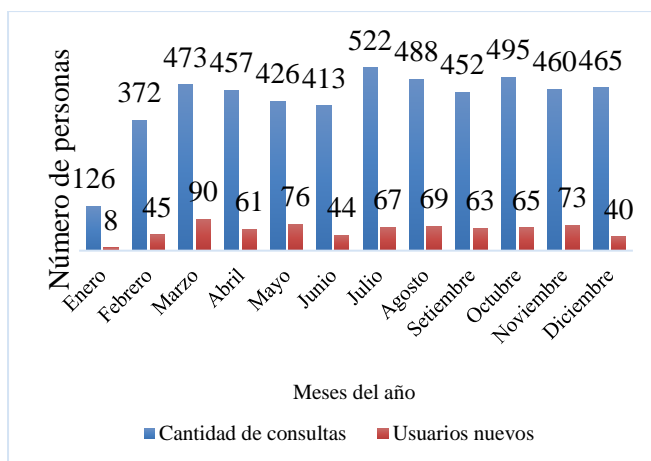


Gráfico 2. Distribución de frecuencias de cantidad de consultas realizadas por la Unidad Móvil de Salud Mental por mes. Año 2018. Paraguay.

Fuente: Datos proveídos por la Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Año 2019.

Un total de 701 usuarios nuevos han consultado en la Unidad Móvil en el año 2018. Es importante destacar que estos usuarios son de lugares muy alejados de la zona céntrica del país, por lo que es un gran avance dentro del sistema de salud. Un dato relevante con relación a la Unidad Móvil es que los usuarios que acuden a la misma viajan de lugares muy lejanos hasta el punto en el que se proporciona la atención. Algunos de estos usuarios y sus familias viajan con días de anticipación, estas visitas son programadas con antelación por la Dirección de Salud Mental y coordinadas con el personal de salud de la zona que será visitada.

Hogares Sustitutos

En la evaluación de la OMS al sistema de salud mental paraguayo, se reconoció que “hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos, ya que la gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los mismos” (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Al no existir oportunidades reales de inclusión, los usuarios ven negada la continuidad entre los procesos de recuperación y la adquisición de mayor

autonomía (Tisera y Lohigorry, 2015). Pudiendo evitarse el encierro innecesario de aquellas personas con enfermedades mentales que tienen capacidad de vivir en comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

También en el informe de la OMS sobre el sistema de salud mental paraguayo se señaló que “existen vínculos formales con otros sectores, pero algunos vínculos de importancia clave son débiles o no se han desarrollado: bienestar, alojamiento, judicial, provisión de empleo, educación. Además, aunque el sistema de salud mental tiene servicios de todos los tipos, algunos necesitan mayor fortalecimiento y desarrollo” (Organización Panamericana de la Salud, 2006). Por lo que existen grandes disparidades en cuanto a los servicios ambulatorios y el apoyo social (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Es importante mencionar que las personas con trastornos mentales en Paraguay, al igual que en otros países de la región según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2004), se ven obligadas a enfrentarse a la negativa de oportunidades para acceder al empleo, la educación, vivienda y seguros de salud. Estos obstáculos, de acuerdo con Tisera y Lohigorry (2015), impiden “a los sujetos imaginarse por fuera de esos espacios, que se perpetúan como única opción, e imposibilitan la emergencia de escenarios novedosos que se constituyan como dispositivos inclusivos”.

En ese contexto surgen los hogares sustitutos, los cuales están orientados para acoger a personas con trastornos mentales que no cuentan con apoyo familiar ni tienen la posibilidad económica de vivir de forma independiente. Estos espacios pretenden brindar una oportunidad para que estas personas puedan nuevamente incorporarse a una vida comunitaria en la sociedad (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011).

A continuación, en el cuadro 1 se presenta características generales de los Hogares Sustitutos instalados actualmente en nuestro país.

Cuadro 1. Hogares sustitutos dentro de los servicios de atención a la salud mental en la red. Paraguay, 2019.

Nombre del Hogar	Año de creación	Lugar	N° de personas
"Noaju Rendá"	2006	Limpio	9
"Sagrada Familia"	2007	Luque	10
"San Francisco"	2008	San Ignacio	9
"Nueva Paz"	2010	Bo. Jara - Asunción	9
"Nueva Vida"	2010	Bo. Jara - Asunción	8
"Nuevo Horizonte"	2010	Bo. Nazareth - Asunción	10
Total			55

Fuente: Datos proveídos por la Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Año 2019.

Se observa en el cuadro 1 que entre los años 2006 y 2010 se crearon todos los hogares sustitutos. Actualmente, estamos a 10 años de la creación del último Hogar. Otro detalle relevante es que el 83% (5/6) de los Hogares Sustitutos están ubicados en Asunción y Gran Asunción.

Realizando un abordaje cuantitativo sobre el total de pacientes que hoy viven en Hogares Sustitutos en comparación a la cantidad de pacientes que aún se encuentran en Hospitales como el Psiquiátrico, el resultado es desalentador. Sin embargo, teniendo en cuenta cualitativamente el cambio de vida y la adquisición de habilidades sociales de estas 55 personas, el avance es más que positivo y representa un hito esperanzador en el área de salud mental.

Entre las actividades de la vida diaria que se realizan en los Hogares Sustitutos se encuentra el baño personal, el cuidado de enseres personales y el cepillado de dientes. También realizan actividades colectivas dentro de la casa como la limpieza de lugares comunes (comedor, sala, baño), el lavado de cubiertos, las reuniones de grupo y la supervisión con acompañantes. Uno de los aspectos más resaltantes es que llevan a cabo también actividades en la comunidad entre las que se incluyen la participación de misa o culto en iglesias, el acceso a espacios comunitarios, plazas y fiestas patronales, la búsqueda de trabajo y la interacción en Centros Comunitarios.

Según los informes recibidos de la Dirección de Salud Mental, se debe destacar el enfoque de

derecho con el que se conciben estos hogares, ya que se busca la visibilidad en la comunidad; perspectiva diferente a los pacientes crónicos del manicomio, que son invisibles y desaparecidos sociales. Inclusive se tuvo que llevar a cabo la cedulación de varias de las personas que viven actualmente en los hogares, ya que sin cedula no pueden ser atendidos en entes públicos.

Discusión

En Paraguay, según el último informe sobre el sistema de salud mental, existen política y planes de salud mental, pero no se consideran en ellos los recursos financieros (Organización Panamericana de la Salud, 2006). La política que se menciona ha puesto énfasis en la calidad de vida y en la prevención. Se contemplan acciones protectoras, educativas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, con el objetivo de eliminar gradualmente el modelo de institucionalización crónica (Airdi Moujan, 2011). Con respecto a este punto, se visualiza en la política de salud mental la inclusión y fomento de los derechos humanos y una fuerte tendencia hacia la base comunitaria de la atención, sin embargo, aún falta analizar los avances a partir de su implementación.

En cuanto a la misma política, estudios indican que deja de lado las categorías de recursos económicos, humanos y materiales; principios, estrategias, acciones y metas (Hena et al., 2016). En este sentido, una de las principales cuestiones que se mencionó al inicio de este artículo fue la relación existente entre el sistema de salud mental y el presupuesto que se destina al mismo. Sobre el punto, Tortella-Feliu y colaboradores expresan que "invertir en la salud mental es una cuestión de sostenibilidad económica en los países en desarrollo, ya que no puede haber progreso sin salud" (Tortella-Feliu et al., 2016).

De esta manera se visualiza que la gobernanza es un tema que amerita ser explorado (Díaz-Castro et al., 2017). Esto, ya que, en definitiva, el conocimiento, la información y los instrumentos técnicos son necesarios, pero no suficientes (Organización

Mundial de la Salud, 2013b). Según otros estudios, cuando la salud mental no es considerada un programa prioritario se produce un impacto negativo en las características de la atención (Berenzon-Gorn et al., 2018). En relación a esto, se deben realizar más investigaciones que apunten a la gobernanza en el área. Esto podría ayudar a identificar debilidades y fortalezas que permitan continuar el proceso ya iniciado.

Si bien existen numerosas deficiencias, ya reportadas y no solo en nuestro país, también existen varias oportunidades, que enfocados de forma pertinente podrían representar desafíos que mejorarían la organización del sistema de salud. Uno de ellos es el sistema de información en salud que, según el último informe, en Paraguay, es prácticamente inexistente y no cubre toda la información relevante (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

La falta de información sobre cuestiones de salud mental, los datos inexistentes o de difícil acceso y la limitada investigación en salud mental son temas que deben ser contemplados (Organización Mundial de la Salud, 2013a).

Esto debe abordarse, sin olvidar que en sociedades como la paraguaya siguen siendo muy importantes los determinantes sociales de la salud (Casalí et al., 2017). El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad deben ser estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2005). Para ello la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas deben ser incluidos (Organización Mundial de la Salud, 2013b).

Otro punto relevante es el papel invisibilizado de la familia dentro del sistema de salud mental. La falta de reconocimiento de la carga de los trastornos mentales en la familia es un fracaso social que denota el poco apoyo en ese contexto (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Es esencial, (como lo sugieren otros estudios desarrollados en Paraguay y especialmente dentro del Hospital Psiquiátrico); la implementación de acciones y servicios que incluyan de forma genuina la colaboración de los usuarios, sus familias, los profesionales, sus cuidadores y la misma comunidad (Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, 2017). En este sentido, es importante destacar el rol clave y estratégico que las organizaciones de familiares y usuarios cumplen. Estos nuevos actores son indispensables para modificar la tendencia y la resistencia a las transformaciones (Stolkiner y Ardila, 2012).

En nuestro país prácticamente no existen asociaciones de familiares de enfermos mentales ni otro tipo de apoyo para los mismos. Si bien en el Psiquiátrico se ha manifestado un alto porcentaje de abandono a usuarios, no se tiene en cuenta la carga económica y social que representa para estas familias mantener el cuidado de su familiar. Es necesario un mejor seguimiento de estos casos para una correcta interpretación de la problemática social, teniendo en cuenta todos los factores que influyen.

Un tema fundamental también debería ser retomar el trabajo realizado sobre la aprobación de una ley de salud mental, que se encuentra parada en el Poder Legislativo desde el año 2014 (Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, 2017). Esto sin duda podría colaborar con el proceso de reforma y sustentaría las bases fundamentales a nivel nacional para la protección de los derechos humanos a pacientes, familias y personal del área salud mental.

Conclusión

Imperiosamente, muchas de las debilidades del sistema de salud mental mencionadas en este artículo no pueden subsanarse sin recursos económicos. Por ello, se debe aumentar la inversión en salud mental (Torales et al., 2007). También es indispensable contar con entes rectores que tengan directrices claras y precisas, además de voluntad política para continuar con las iniciativas mencionadas. Tanto los servicios de la Unidad de Salud Móvil como el

establecimiento de Hogares Sustitutos son espacios que se deben seguir fomentando.

Con respecto al punto anterior, en el caso de las Unidades Móviles de Salud, si bien son espacios que fomentan la desinstitucionalización y descentralización, se deben realizar investigaciones sobre su costo-efectividad. Esto, para saber si se pudiera adecuar los mismos a establecimientos de salud del interior del país o si es más estratégico el viajar con un calendario programado como se está realizando actualmente.

Si bien se han visualizado ciertos avances en el tiempo, actualmente se nota cierta estática en algunos puntos como la creación de nuevos Hogares Sustitutos. Esto podría deberse a falta de voluntad política y/o ampliación de presupuesto, elementos sin los cuales no podrían darse progresos. Un dato no menor con respecto a estos espacios tan importantes pero olvidados, es que el último Hogar Sustituto fue creado en el año 2010, mismo año en el que el Paraguay fue liberado de las medidas cautelares que la CIDH le había impuesto. Con todo lo expuesto, es importante no depender de una nueva imposición de medidas por parte de organismos internacionales para que el Estado propicie espacios de rehabilitación psicosocial.

Específicamente en relación con los centros de rehabilitación, se debe considerar que nuestro país se encuentra en un estado crítico, esto podría deberse a los puntos mencionados anteriormente pero también a la falta de voz, participación e involucramiento de representantes de los enfermos mentales y profesionales de salud del área.

Finalmente, se concluye que al visibilizar la situación de la salud mental en nuestro país es necesario el compromiso e involucramiento en la formación de redes de trabajo de varias áreas relacionadas. Esto, con el propósito de crear un mayor interés y participación de todos los actores sociales en esta lucha. De esta manera se podría contribuir a reforzar el sistema nacional de salud mental ahora relegado y ensombrecido por más desafíos que logros en su haber.

Referencias bibliográficas

- Airaldi Moujan, M. C. (2011). Presente y futuro de los servicios de salud mental en Paraguay. *Eureka*, 8(2), 171–182. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200004
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., y Galván-Reyes, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel: Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México*, 60(2), 184–191. doi: <https://doi.org/10.21149/8673>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162–167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Casalí, P., Cetrángolo, O., y Goldschmit, A. (2017). *Paraguay protección social en salud: Reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf
- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., y Hufty, M. (2017). Governance and mental health: Contributions for public policy approach. *Revista de Saude Pública*, 51(1), 1–13. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006991>
- Etienne, C. F. (2018). Editorial Salud mental como componente de la salud universal. *Rev Panam Salud Pública*, 42. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- Giménez-Caballero, E., Rodríguez, J. C., y Peralta, N. (2016). Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(3), 44–51. doi: [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2016.014\(03\)44-051](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2016.014(03)44-051)
- González, D., y Padilla, R. (2019). Esfuerzos y barreras que influyen en la desinstitucionalización de la salud mental en Chile. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 6(1), 22–40.
- González, L., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., y Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S 1), 89–95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., y López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: Un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2). doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
- Hillman, A. A. (2005). Human rights and deinstitutionalization: A success story in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4–5), 374–379. doi: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900018>

- La Nación. (2018). Solo el 1, 8% de fondos se destina a salud mental. Recuperado de https://www.lanacion.com.py/pais_edicion_impresa/2018/10/23/solo-el-18-de-fondos-se-destina-a-salud-mental/
- Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. (2017). Legislación, Derechos Humanos, y su relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y/o instituciones de encierro del Paraguay. En *Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura*. Recuperado de https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u294/libro_institucionalizacion.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Política Nacional de Salud Mental*. Recuperado de [https://www.paho.org/par/index.php?option=com_d ocman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=333-politica-de-salud-mental&Itemid=253#:~:text=La Política Nacional de Salud, equidad%2C integralidad y participación social.](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_d ocman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=333-politica-de-salud-mental&Itemid=253#:~:text=La%20Política%20Nacional%20de%20Salud%2C%20integralidad%20y%20participación%20social.)
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2019). *Salud Mental*. Recuperado de <https://www.msps.gov.py/salud-mental.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud mental*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas* (pp. 314–405). Washington: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. doi: https://doi.org/978_92_4_350602_9
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Atlas de salud mental: resumen de orientación*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). *¿Cómo se pueden promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/43/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Salud y derechos humanos*. Nota Descriptiva No. 323. Recuperado de <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Informe WHO – AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay*. Recuperado de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_d ocman&view=download&alias=71-informe-who-aims-sobre-el-sistema-de-salud-mental-en-paraguay&category_slug=publicaciones-de-la-representacion&Itemid=253
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Dirección de Salud Mental elabora su plan 2015-2020 con miras a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud*. Recuperado de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1376:direccion-de-salud-mental-elabora-su-plan-2015-2020-con-miras-a-mejorar-el-acceso-de-la-poblacion-a-los-servicios-de-salud&Itemid=214
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Saavedra Solano, N., Berenzon Gorn, S., y Galván Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México: Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, 48(4), 258–264. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
- Stolkiner, A., y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 2012, 1–30. Recuperado de [http://www.eutn.fmed.edu.uy/LICENCIATURAS_MVD/materias/basicas/psicologia/2020/Salud Mental/Conceptualizando+la+Salud+Mental+en+las+prácticas%281%29.pdf](http://www.eutn.fmed.edu.uy/LICENCIATURAS_MVD/materias/basicas/psicologia/2020/Salud%20Mental/Conceptualizando+la+Salud+Mental+en+las+prácticas%281%29.pdf)
- Tisera, A. A., y Lohigorry, J. I. (2015). Sentidos y significados sobre servicios de Salud Mental desde la perspectiva de usuarios/as, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante 2014. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 263–271. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v22n1/v22n1a26.pdf>
- Torales, J., Giraldo, N., Garcete, M. J., y Forestieri, F. (2007). *Salud Mental y Derechos Humanos: el infierno continúa* December 2007. doi: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11389.36320>
- Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N., y Baños, R. M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 65–71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>
- Vicente, B., Saldivia, S., y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51–61. doi: <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>